

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS**

**Idania Salas Santana**

**Pelotas, 2015**

**Idania Salas Santana**

**Melhoria da Atenção à saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização em  
Saúde da Família EaD da Universidade Federal  
de Pelotas em parceria com a Universidade  
Aberta do SUS, como requisito parcial à  
obtenção do título de Especialista em Saúde da  
Família.

Orientadora: Débora Zanutto Cardillo

Pelotas, 2015

S232m Santana, Idania Salas

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS / Idania Salas Santana; Debora Zanutto Cardillo, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

91 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Cardillo, Debora Zanutto, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico para toda minha família que tanto me apoia, acalenta, para minha Equipe de trabalho que se esforçou e se empenhou para que a Intervenção fosse um sucesso no Município, para minha orientadora por todo seu apoio e compreensão.

## **Agradecimentos**

Meus Pais: No existem palavras, nem forma de expressar o muito que significam para mim, agradeço por me guiar para o caminho da Medicina.

Professores: Por ensinar-me e preparar-me para cumprir com o dever como promotora de Saúde em qualquer parte do mundo onde precisarem de meu conhecimento.

## Resumo

SANTANA, IDANIA SALAS. **Melhoria da Atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS.** 2015. 90f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A literatura demonstra que a prevalência da hipertensão no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos de acordo com o Ministério da Saúde. A prevalência autorreferida da Diabetes Mellitus (DM) na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011, o que aumenta ainda mais com a idade da população (BRASIL, 2013). A intervenção realizada através do curso de especialização em saúde da família do UNASUS/UFPel teve como objetivo a melhoria da Atenção à saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS. Isto porque depois da análise situacional constatou-se que esta ação programática requeria melhoria no acesso, mas principalmente na qualificação da ação programática. Esta intervenção foi realizada de março a maio de 2015 e o público-alvo foi composto por usuários pertencentes à área de abrangência da UBS. Foram estipuladas metas e ações alicerçadas nos quatro eixos pedagógicos, a saber: a qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação. De número total de 8.256 pessoas estimado segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP), são estimados na UBS 1845 hipertensos (97%) e 527 diabéticos (87%). Porém, não coordenávamos ações segundo o Protocolo do Ministério da Saúde, não tínhamos registro específico, monitoramento e avaliação da ação, aspecto que alcançamos com bom êxito. Por ter uma população adscrita maior que o preconizado por equipe de 4000 pessoas ao máximo, tivemos dificuldade com a cobertura, que ao final atingimos 1052 hipertensos (58,5%) e 320 diabéticos (69,7%). Em relação às metas de qualidade nossa Equipe alcançou 100% na busca ativa dos usuários faltosos à consulta, na proporção de usuários hipertensos e/ou diabéticos com registros adequados na ficha de acompanhamento, na proporção de usuários com orientações sobre a prática de atividade física regular, sobre o risco do tabagismo e os que receberam orientação sobre higiene bucal. Diante destes resultados, para a equipe foi um aprendizado e reorganização sobre a qualificação desta ação programática, que mantemos após a intervenção e para a comunidade houve maior integração e qualidade nas ofertas da UBS.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; hipertensão arterial, diabetes mellitus, Assistência domiciliar; Saúde Bucal.

## Lista de Figuras

Figura 1: Reunião da equipe na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.	54
Figura 2: Aferição de pressão arterial na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.	54
Figura 3: Aferição de destreza na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.	55
Figura 4: Realização de grupo com o tema de estilo de vida na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.	55
Figura 5: Grupo de hipertensos e diabéticos na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.	56
Figura 6: Equipe fazendo busca ativa de faltosos na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.	57
Figura 7: Conversa com os gestores de saúde na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.	57
Figura 8: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.	59
Figura 9: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.	60
Figura 10: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.	61
Figura 11: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.	62
Figura 12: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.	63
Figura 13: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.	64
Figura 14: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.	65
Figura 15: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.	66

Figura 20: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.....	72
---	----



### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CP	Citopatológico de colo do útero
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Ensino À Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Grupo de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	18
2 Análise Estratégica .....	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e metas.....	22
2.2.1 Objetivo geral.....	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	22
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Detalhamento das ações .....	24
2.3.2 Indicadores .....	40
2.3.3 Logística.....	45
2.3.4 Cronograma .....	48
3 Relatório da Intervenção.....	49
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	49
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	52
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	53
4 Avaliação da intervenção.....	58
4.1 Resultados .....	58
4.2 Discussão.....	73
5 Relatório da intervenção para gestores .....	77
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	81
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	83
Referências .....	85
Anexos .....	86

## **Apresentação**

O presente volume apresenta o Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade Ensino à Distância (Ead), promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) que versa sobre a intervenção voltada a qualificar a saúde das pessoas hipertensas e/ou diabéticas da Unidade Básica de Saúde (UBS) Prof. Adolfo Groth, Passo Fundo/RS. Nesse sentido, o trabalho está dividido em sete capítulos, complementares entre si, na seguinte ordem:

**Capítulo 1** – Análise Situacional – Relatório no qual está inserida a avaliação da Unidade Básica de Saúde, do serviço oferecido e de seu contexto local. Apresenta-se o município ao qual pertence a UBS em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

**Capítulo 2** – Análise estratégica – Onde buscou descrever o planejamento e a definição das ações para a intervenção e melhoria dos trabalhos na UBS Bernadete Bezerra. Apresenta os objetivos, as metas do projeto, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, detalhando os indicadores, metas, logísticas e cronograma.

**Capítulo 3** – Relatório de intervenção – Local onde será apresentado o relatório de intervenção, demonstrando as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, bem como, uma análise dos resultados e da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina dos serviços.

**Capítulo 4** – Avaliação da intervenção – Apresentando a análise e discussão dos resultados encontrados.

**Capítulos 5 e 6** - Relatório da intervenção para gestores e comunidade - Apresenta uma análise dos êxitos e dificuldades durante a intervenção.

**Capítulo 7** – Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem – Onde é apresentada a visão pessoal da autora sobre todo o processo de

aprendizado, tendo como base os trabalhos desenvolvidos, as expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Sou médica cubana meu nome é Idania Salas, trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) Adolfo Groth, bairro professor Shirley, no município de Passo Fundo/RS. Minha unidade de saúde tem um coletivo unido e trabalhador, está constituída por salas de vacinas, sala de coleta de exames, sala de recebimento, dois consultórios odontológicos, sala de curativos, consultório medico em perfeitas condições. A população conta nesta unidade de saúde com serviços de fichário para agendamento de consultas da rede básica população, a população tem atendimento medico através de uma médica de família com quarenta horas semanais.

Eu faço visita domiciliares meio dia por semana pré-agendada pelas agentes comunitárias de saúde (ACS). Em minha unidade fazemos as visitas domiciliares e chegamos muito perto dos usuários onde identificamos todos os problemas de saúde, condições, modo e estilo de vida, orientando e melhorando as condutas de os usuários, explicando de uma maneira muito sutil de como devem fazer as coisas, dando palestras de prevenção, promoção, colocando em primeira linha a medicina preventiva e dando resolutividade a 80% dos casos e temos a intenção de que as pessoas conheçam e aprendam as coisas mais simples, que em um momento dado de sua vida, saibam como atuar ante qualquer acontecimento.

Além do atendimento medico também funciona o serviço de enfermagem, serviços de atendimento odontológico que conta com um profissional. Além das ações curativas e preventivas é feito um trabalho de prevenção junto à escola e grupos de jovens, grávidas e tabagistas do bairro dando atendimento a toda a população de Shirley. São disponibilizadas consultas medicas previamente agendadas na UBS como também é disponibilizado atendimento domiciliar para as famílias abrangidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Os agentes de saúde realizam visitas domiciliares regulares com cadastramento das famílias. Ainda que há muita demanda de consulta e acolhimento. Todos nós queremos buscar

melhorias na população diminuindo a taxa de mortalidade materno-infantil, eliminando doenças como a sífilis congênita, hepatites, que são possíveis de erradicar, e assim o trabalho em minha unidade de saúde de equipe é com qualidade, todo mundo participa e quer apoiar em benefício da comunidade. A UBS fica em um bairro muito longe da Cidade, a população tem classe baixa e existe muita pobreza e não tem cultura de higiene, estilo de vida e modo de vida muito ruim e a equipe faz palestras educativas, educação sanitárias, palestras públicas de diversos temas programados. Eu e minha equipe temos como meta trocar o estilo de vida e pensamento da população, tenho como meta diminuir o tabagismo em minha população, o que é um dos problemas de saúde mais importante e a pessoas não tem consciência de quão prejudicial que pode ser para sua saúde. Eu acho que nosso trabalho preventivo e educativo faça efeito sobre toda as pessoas de nosso bairro e trocar muitos pensamentos, para alcançar melhor mobilidade. Eu espero cumprir todos os meus objetivos na população de bairro professor Shirley, Passo Fundo/RS. Muito obrigada pela oportunidade de fazer este grande trabalho que me faz crescer como profissional.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Meu município se chama Passo Fundo tem 200 mil habitantes. Situado ao norte do estado do Rio Grande do Sul, dista 290 km da capital, Porto Alegre. A base econômica do município se concentra, fundamentalmente, na agropecuária e no comércio, além de contar com forte setor em saúde e educacional (universitário).

A cidade tem 25 UBS com Estratégia Saúde da família (ESF) e 15 UBS tradicionais. O município não tem disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas pela quantidade de população que tem, poderia ter disponibilidade para 5 NASF. Também não tem disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), temos disponibilidade de atenção especializada já que contamos com Centro de Atenção Integrada de Saúde (CAIS) e hospitais em nosso município com muito boa atenção, nosso município conta com três hospitais: hospital são Vicente de Paulo, hospital da cidade, hospital municipal, uma pronto-clínica e um hospital ortopédico. Temos exames complementares em todas elas. É um município onde todas suas unidades têm vínculo total com o

Sistema Único de Saúde (SUS) e com todos os hospitais do município. Em nosso município temos muita demora em atendimento especializado, assim como para os exames complementares também.

Minha UBS tem vínculo com o SUS: é uma ESF localizada em uma zona urbana periférica do município, conta com uma equipe de saúde integrada com uma enfermeira, uma médica especialista em Medicina Geral Integral, dois técnicos de enfermagem, uma dentista, quatro ACS e uma higienizadora. Existem vínculos com instituições de ensino. A ESF Adolfo Groth conta com imóvel cedido, localizado no bairro professor Schiler, fundos da Escola de Ensino Médio e Fundamental Georgenes Martin e é responsável pela cobertura de aproximadamente 1.600 famílias com cerca de 8256 pessoas. O número de pessoas adstritas na UBS é a mais do que o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) para uma equipe ESF, que é de 4000 pessoas.

O ambiente físico é parcialmente inadequado, apresentando apenas os aspectos básicos da estrutura física adequada ao serviço. O teto, as paredes e piso não estão em boas condições, teto encontra-se abaulado, a rampa de acesso esta em más condições, não é antiderrapante e não possui corrimão, não tem sala de reuniões e não tem vestiário para funcionários, tem banheiro com acessibilidade para usuários com deficiência, mas sem placa de sinalização. A maioria dos equipamentos necessários para o trabalho da equipe está disponível e em boas condições. A gestão já está fazendo uma unidade nova que para o ano que vem está pronta.

Em relação às atribuições da equipe, nossa equipe identifica os grupos de riscos para hipertensão, diabetes, hanseníases etc. sinalização de equipamento social, não participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atenção onde em penso que é muito importante para o conhecimento da população completa, mas em momentos já participa a equipe completo. Realiza-se o cuidado da saúde a toda população, não são realizadas pequenas cirurgias nem atendimento de urgências por não ter condições a unidade, mas temos três hospitais com todas as condições. Nossa equipe de saúde faz reunião todas às sextas-feiras, falamos sobre todo o trabalho. Além disso, todos os profissionais participam nas atividades de educação em saúde e nas palestras. Minha equipe realiza visita domiciliares todas as quartas feiras de manhã, fazemos busca ativa aos usuários faltosos, reuniões de equipe toda as semanas para avaliação do trabalho.

O MS preconiza que o ideal é uma ESF assistia 4000 pessoas e a minha hoje assistem 8256 para uma equipe só, a demanda é grande para a demanda espontânea, mas se atendem a todos os usuários pelo agendamento, acolhimento, atendimento domiciliário Como a demanda espontânea é muita: são feitas consultas com a enfermeira e os usuários com processo agudos são orientados.

Com relação atenção da criança em minha unidade se faz atendimento um dia na semana no turno da tarde, participam toda a equipe em seu atendimento, após a consulta, a criança sai com a próxima consulta agendada e temos registros específicos para a consulta. É feito o monitoramento periodicamente para conhecer qual criança não tem a vacinação atualizada, sempre para as consultas as mães têm que ter caderneta de crianças, minha equipe faz um bom trabalho em atenção da criança, ainda que tenha que trabalhar, mas porque muitas crianças não fazem acompanhamento na unidade, mas fazem no CAIS. Os registros tem muita boa qualidade e são verificados. Temos em minha unidade 66 crianças em acompanhamento, com 67% da população de acordo com o Caderno de Ações Programáticas (CAP) e toda a equipe participa dos atendimentos.

Pela estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP), temos 66 do total de crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS, o que representa 67%. Destas 66 crianças, 100% estão com consultas em dia de acordo com o protocolo do MS, 15% de atraso da consulta agendada em mais de sete dias (10), 91% com Teste do pezinho até sete dias (60), 94% com primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida (62), 100% de Triagem auditiva (66). 100% tanto para monitoramento do crescimento na última consulta e monitoramento do desenvolvimento na última consulta, 100% estão com as vacinas em dia, com avaliação de saúde bucal, para a orientação para aleitamento materno exclusivo e para orientação para prevenção de acidentes.

Com relação a o atendimento pré-natal em minha unidade temos protocolo de atendimento que cumprimos muito bem, temos um registro de atendimento para conhecer qual grávida não vai á consulta e fazer busca ativa da mesma, realiza-se avaliação e classificação e risco da gestante, assim como é solicitada a carteira do cartão pré-natal da grávida em todas as consultas. As gestantes são muito bem acolhidas com um bom atendimento, uma das dificuldades que temos e, por não contarmos com gineco-obstetras na unidade não temos 100% das grávidas fazendo acompanhamento na unidade, no qual fazem no CAIS que sim tem especialista. Mas



na unidade fazemos palestras educativas e educação sanitárias. Ainda de que não fazem acompanhamento na ESF, são acompanhadas pelas agentes comunitárias de saúde. Participa toda a equipe de saúde no atendimento das grávidas, temos 43 grávidas com atendimento em nossa unidade, o que representa 35 % do estimado pelo CAP. Fazemos buscas ativas para incrementar os atendimentos.

Em relação aos indicadores de qualidade, temos 74% do pré-natal iniciado no 1º Trimestre (32), 100% das consultas em dia de acordo com calendário do MS (43), 100% de solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, 100% com vacina antitetânica conforme protocolo, 100% com vacina contra hepatite B conforme protocolo, 21% com Prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo (9), 100% com exame ginecológico por trimestre (43), 100% com avaliação de saúde bucal e 100% de orientação para aleitamento exclusivo.

No referente ao Puerpério temos aproximadamente 99 partos estimados nos últimos 12 meses, em nossa realidade 99 fizeram consulta puerperal em nossa UBS, o que representa 100% do estimado. Todas (100%) foram avaliadas corretamente com todos os parâmetros da consulta, assim como foram feitas atividades orientadoras sobre cuidados básicos do recém-nascido, assim como aleitamento materno exclusivo, planejamento familiar e tiveram tanto as mamas quanto o abdome examinado, além do seu estado psíquico avaliado. 59% se consultaram antes dos 42 dias de pós-parto (58) e 100% tiveram a sua consulta puerperal registrada (99), assim como 100% realizaram exame ginecológico (99) e 3% foram avaliadas quanto à intercorrências (3).

Com respeito a câncer de colo de útero e mama podemos dizer que nossa equipe realiza todos os dias exames de mama e coleta citopatológica para a prevenção de estas doenças, estes exames são realizados pela médica e enfermeira todos os dias e em qualquer turno. As usuárias são avaliadas continuamente, fazemos atividades em saúde para que as mulheres conheçam a importância que tem o preventivo. Temos 2272 mulheres, o que representa 100% estimado pelo CAP.

Temos indicadores de qualidade do câncer de colo de útero: não pudemos mensurar o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, 7% do Exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso (169), 2% do Exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado (53), 82% com Avaliação de risco para câncer de colo de útero (1869), mas temos 100% para

orientação sobre prevenção de CA de colo de útero e orientação sobre DST's. Também não podemos mensurar os exames coletados com amostras satisfatórias e assim como os exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar.

Sobre a prevenção do câncer de mama, temos 810 mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama, o que representa 95% do estimado pelo CAP. Temos 99% de mamografia em dia, 1% de mamografia com mais de 3 meses em atraso, 100% de Avaliação de risco para câncer de mama e 100% de Orientação sobre prevenção do câncer de mama.

Fazemos atividades com os usuários diabéticos e hipertensos sobre ações e orientações de hábitos higiênicos e diabéticos, fazemos controle de peso corporal, estimula-se a prática de exercícios e atividade físicas, faz-se palestra educativas onde falamos sobre os tratamentos, os malefícios da álcool e tabaquismo. Em todas estas atividades participam toda a equipe, tem os registros. Temos um grupo onde fazemos atividade de educação em saúde. Temos 1798 hipertensos, o que representa 97% estimado pelo CAP e 459 diabéticos acompanhados na UBS, o que representa 87%.

Em todas as consultas, orientamos aos usuários sobre ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, assim temos 100% de orientação sobre prática de atividade física regular e de orientação nutricional para alimentação saudável segundo o CAP. Temos 4% de atraso da consulta agendada em mais de 7 dias (69) e 94% para os exames complementares periódicos em dia (1695), 53% para a avaliação de saúde bucal em dia (961) e 48% com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico (865).

Já em relação aos diabéticos em relação aos indicadores de qualidade temos somente indicadores com 100%, que são a orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, 88% com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico (402), 100% com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, assim como com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses (459). Temos 27% dos diabéticos com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias (125) e 76% com avaliação de saúde bucal em dia (350).

Outro grupo de atendimento são os usuários idosos, estes muitas vezes não são compreendidos pela família em nossa unidade, eles têm atendimento todos os dias em todos os turnos temos um protocolo de atendimento, um registro muito bem organizado o qual é avaliado e monitorizado, das ações que fazemos com eles também participa toda equipe. Eu tenho certeza que o trabalho de minha equipe é muito bom. Temos 1112 usuários idosos acompanhados, com 99% de cobertura estimada pelo CAP, com bom atendimento e especializados.

Temos 1000 idosos com a caderneta da pessoa idosa, ou seja, 90%, assim como o mesmo número de idosos com a avaliação multidimensional rápida da capacidade do idoso, também para avaliação de risco para morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização na velhice. Somente 98 idosos tem orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, 9%, e 90% com orientação para atividade física regular (1000). Temos 63% com Hipertensão arterial sistêmica (885), 86% com Diabetes mellitus (959) e 90% com avaliação de saúde bucal em dia (1000).

Temos 396 pré-escolares de 0-4 anos com atendimento odontológico para um 100%, assim como 1008 escolares de 5 – 14 anos para um 100%, foram atendidas 5000 pessoas exceto gestantes, 15 a 59 anos para um 100%, 990 idosos avaliados com 60 anos e, mas para 100%, e 27 gestantes com atendimento de saúde bucal - 100%.

Nosso maior desafio é a quantidade de pessoas adscritas na área que ultrapassam o preconizado para uma equipe de ESF, mas a equipe está muito motivada e, mesmo sabendo de nossas limitações em relação à isso, planeja se esforçar para a melhoria da ESF na UBS.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Em comparação com o começo do curso e agora tenho certeza que minha equipe tem melhorado em seu trabalho. Minha Unidade Básica de Saúde não tinha grupo de gestantes, Hipertensos, idosos e tabagistas e que foram formados. A demanda aumentou em consultas por problemas agudos, fazemos visitas domiciliares, o que não era feita em minha unidade por não ter médico.

Nossas melhorias que estamos tentando fazer é, a partir do estudo de cada ação programática na análise situacional, em que pudemos ver como estava cada um e montar estratégias no que podemos melhorar. Penso que depois desta análise, estamos com mais crítica para realizar o projeto de intervenção de forma como preconiza o MS para cada ação programática.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A saúde das pessoas com hipertensão e diabetes deve ser priorizada na atenção primária e em todos os níveis de atenção à saúde. No Brasil, a prevalência varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% com mais de 70 anos (BRASIL, 2013). A pessoa com Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) precisa de muitos cuidados para evitar complicações, pois, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, além da decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Há muitos usuários com hipertensão assintomática por isso, é importante o acompanhamento programático na Atenção Primária em Saúde. Na diabetes mellitus (DM), a prevalência estimada é que o Brasil passe da 8ª posição mundial, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030 (BRASIL, 2013b). Considerando que DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise, a importância do acompanhamento nas atividades de prevenção, promoção e tratamento são necessárias na APS.

A UBS Adolfo Groth tem uma equipe de saúde composta por uma médica, uma enfermeira, uma dentista, dois técnicos de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde. A estrutura física da unidade conta com sala de recepção, um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de vacina, banheiro para os usuários, banheiro para funcionário, abrigo de resíduos e cozinha.

Nossa população tem um total de 8.256 pessoas segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP), sendo que 1.845 pessoas com 20 anos ou mais, residentes na área e acompanhada na UBS são portadoras de

hipertensão. A cobertura segundo o CAP é de 97%, ou seja, 1.798 usuários são acompanhados. Temos também a estimativa de 527 usuários diabéticos residentes na área, sendo 459 acompanhados na UBS, a cobertura pelo CAP é de 87%.

No que diz respeito aos indicadores de qualidade da ação programática de DM, 88% dos usuários diabéticos realizaram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 27% com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias e 76% com avaliação de saúde bucal em dia, segundo o CAP. Na HAS os indicadores de qualidade: 48% dos usuários com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 48% com avaliação de saúde bucal em dia, 94% com exames complementares periódicos em dia e 4% dos usuários em atraso da consulta agendada em mais de 7 dias.

Mesmo com os índices de cobertura elevados, temos dificuldades em acompanhar todas as consultas programadas pela periodicidade preconizada pelo Protocolo destas ações programáticas (BRASIL, 2013 e 2013b) e que todos os usuários tenham os exames complementares prontos e às consultas odontológicas. Também temos dificuldades na disponibilidade dos aparelhos para aferir a pressão arterial (esfigmomanômetro) e de glicosímetro para a realização de gluco teste individual de cada usuário. Nossa equipe tem como objetivo alcançar que todos os usuários tenham suas consultas periódicas em dia, assim como todos os exames complementares e à consulta odontológica.

A Intervenção é importante para a UBS porque vamos aumentar a cobertura e a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Toda nossa equipe está envolvida, trabalhamos juntos para alcançar os resultados propostos. Entre as limitações, temos apenas quatro ACS, o que pode prejudicar no cadastramento e na busca ativa dos hipertensos e diabéticos. A demanda espontânea é grande, mas é muito importante a realização da intervenção porque para sistematizar esta ação programática conforme preconizado no Protocolo do Ministério da Saúde. Após a análise situacional das ações programáticas escolhemos o foco de intervenção para a ação programática de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus porque é o grupo de usuários com mais dificuldade ainda que no CAP tenha boa cobertura. Mas, objetivamos fazer uma intervenção para ampliar a cobertura e melhorar os indicadores de qualidade.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na ESF Adolfo Groth, Passo Fundo/RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Objetivo 3.** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Objetivo 4.** Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5.** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6.** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.



Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses na área da equipe da UBS Adolf Groth. Participarão da intervenção todos os usuários hipertensos e diabéticos maiores de vinte anos ou mais da UBS. As ações realizadas na intervenção serão baseadas nos Protocolos de hipertensão arterial e diabetes mellitus (BRASIL, 2013; 2013b). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos hipertensos e diabéticos na planilha de coleta de dados (ANEXO C) será feito no momento da consulta. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho (ANEXO B). Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores (ANEXO A).

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Metas:

1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde
- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

A equipe de enfermagem da UBS deverá acompanhar os dados previamente colhidos dos registros específicos e os registros dos usuários dos agentes comunitários para observar o número de usuários cadastrados. A partir de qualquer dado inadequado, deverá comunicar a equipe de saúde em reunião para que se possa averiguar o ocorrido e tomar as devidas providências.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Deve-se capacitar a equipe de saúde para que, a partir da detecção de novo usuário hipertenso e/ou diabético, todos saibam como funciona o cadastramento do usuário. A enfermagem será informada do usuário recentemente diagnosticado e fará o cadastramento do usuário. A equipe de saúde deverá estar capacitada para realizar o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos, que ocorrerá em todas as semanas da intervenção tendo como responsável a médica. O uso dos medicamentos, exames e acompanhamento pode ser revisado durante os acolhimentos. Os

esfigmomanômetro da unidade deverão ser calibrados pelo INMETRO, semestralmente, para garantir um bom acompanhamento clínico.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Após discussão com a equipe da UBS, será programada uma atividade com a comunidade para orientações sobre a ação programática ao início da intervenção, com a responsabilidade da médica e enfermeira da equipe. Além disso, serão realizadas as orientações durante as consultas clínicas de rotina para toda a população.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Realizar capacitações durante as reuniões semanais com toda a equipe de saúde para realização de cadastramento e exame clínico, além do primeiro encontro de capacitação na primeira semana de intervenção. Ação que terá a coordenação da médica e da enfermeira.

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

**Metas**

- 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

O monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos será realizado a partir preenchimento do registro específico, por qualquer membro da equipe, sinalizando com sistema de alertas aqueles com exames em atraso ao enfermeiro para tomar as devidas providencias de acompanhamento.

O monitoramento dos usuários com exames laboratoriais será realizado mediante adoção da ficha espelho para todos os cadastrados na UBS, utilizando sistema de alerta sinalizando exames em atraso e terá como responsável pela coordenação a enfermeira semanalmente.

Haverá prescrição preferencial de medicamentos incluídos na Farmácia Popular/Hiperdia e registro adequado do tratamento no prontuário e na ficha espelho.

O monitoramento dos diabético-hipertensos que necessitam de atendimento odontológico será realizado ao preencher a ficha espelho do usuário. Caso haja necessidade de avaliação odontológica de acordo com a periodicidade preconizada pelo protocolo, nas reuniões de equipe semanais a enfermeira irá sinalizar a necessidade para a equipe de odontologia.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;
- organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos;
- organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

As discussões e orientações sobre o protocolo será realizada na primeira semana de intervenção sob responsabilidade da médica, além disto, serão discutidas nas reuniões de equipe semanais. A impressão do protocolo atualizado de acompanhamento de hipertensos e diabéticos será realizada pelo gestor em uma reunião para abordar sobre a intervenção, garantir o protocolo impresso disponível, a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, Será realizada na primeira semana da intervenção pela médica.

Responsabilizar um profissional da equipe de saúde (Farmacêutico) para controle de estoque, validade e necessidade de medicamentos da farmácia popular pelos usuários com frequência semanal.

Para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, ao fazer o registro específico (ficha-espelho) e observar a necessidade a partir da última consulta com a odontologia, será discutido em reunião de equipe de forma que seja acolhido. Esta ação será feita por todos os que farão o acolhimento e a médica no atendimento clínico. Na primeira semana será organizada a partir da reunião com a equipe para a capacitação do protocolo, atendimentos em saúde bucal para esta ação programática, tendo como responsabilidade a médica.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

As orientações acima serão fornecidas rotineiramente durante as consultas clínicas, reuniões com a comunidade que será realizada mensalmente pela médica e pela enfermeira.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

A capacitação da equipe com os seguintes temas: para a realização de exame clínico apropriado, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes, orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos será realizada durante as reuniões semanais da equipe de saúde e no primeiro encontro para capacitação do protocolo, que será realizado na primeira semana da intervenção pela médica.

**Objetivo 3.** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Metas



3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

A partir da adoção do registro específico proposto pelo curso (ficha-espelho), acomodadas em arquivo próprio, as consultas de hipertensos e diabéticos serão monitoradas pela enfermeira semanalmente. Se identificado atraso nas consultas seja pelo monitoramento da periodicidade ou pela identificação nas visitas domiciliares, será discutido na reunião de equipe.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.
- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Na reunião de equipe semanal a médica e a enfermeira irão organizar a agenda para acolhimento dos usuários provenientes das buscas domiciliares deixando horários disponíveis com as ACS para atendimento clínico ou acolhimento com a enfermagem.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, banners na UBS cujo responsável é a equipe de enfermagem na primeira semana, reuniões de comunidade mensais realizadas pela médica e enfermeira e demais atividades que envolvam a população.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

O treinamento dos ACS para orientação quanto à periodicidade da realização de consultas dos hipertensos e diabéticos será realizado durante as reuniões semanais da equipe de saúde pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica na primeira semana da intervenção.

#### **Objetivo 4.** Melhorar o registro das informações

##### METAS

- 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Através de revisão mensal das fichas-espelho pela equipe de enfermagem da UBS será monitorada a qualidade dos registros do programa

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

As informações no SIAB serão registradas por cada ACS sob supervisão da enfermeira mensalmente. A implantação do registro específico será realizada pela equipe de enfermagem e pela médica em cada contato com os usuários. O monitoramento dos registros será feito pela enfermeira mensalmente, inclusive organizar sinalizar situações de alerta no intuito de sinalizar quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e a médica, reuniões de comunidade mensal com a enfermeira e a médica e demais atividades que envolvam a população.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

A capacitação e o preenchimento e registro adequado da ficha espelho de todos os registros dos hipertensos e diabéticos será realizado durante as reuniões semanais da equipe de saúde pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica na primeira semana da intervenção.

**Objetivo 5.** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

#### METAS:

- 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

O monitoramento será realizado pela enfermeira mensalmente junto com as fichas espelhos e sinais de alerta quanto à periodicidade das ações de acompanhamento preconizadas pelo protocolo.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.
- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Pela estratificação de risco dos usuários a partir do preenchimento adequado da ficha espelho, sabem-se quais os que são de alto risco. Para esses usuários, será reservado um horário prioritário na agenda para atendimento clínico.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).
- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e a médica, reuniões de comunidade mensal com a enfermeira e a médica e demais atividades que envolvam a população.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

A capacitação das ações acima será realizada durante as reuniões semanais da equipe de saúde pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica na primeira semana da intervenção.

### **Objetivo 6.** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

#### **METAS:**

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e a médica, reuniões com a comunidade mensal a ser feita com a enfermeira e a médica e demais atividades que envolvam a população.

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

A enfermeira irá monitorar a realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal por meio de registros adequados na ficha-espelho e prontuário clínico mensalmente.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Serão realizados grupos de educação em saúde mensais para a alimentação saudável e orientação de prática física sob responsabilidade da equipe de enfermagem de forma a fornecer orientações quanto à prática de atividade física e alimentação saudável. Haverá uma reunião da médica com o

gestor na primeira semana de intervenção para demandar parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade, para a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". A organização do tempo médio de consultas será realizada pela médica junto ao gestor neste encontro.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.
- Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e a médica, reuniões com a comunidade mensal a ser feito pela enfermeira e a médica e demais atividades que envolvam a população.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.



- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

A capacitação das ações acima será realizada durante as reuniões semanais da equipe de saúde pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica na primeira semana da intervenção.

### 2.3.2 Indicadores

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura aos usuários hipertensos e/ou diabéticos

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 3.** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Objetivo 4.** Melhorar o registro das informações

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5.** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6.** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2013 e 2013b). Utilizaremos os prontuários clínicos dos usuários hipertensos e diabéticos e a ficha espelho disponibilizada pelo curso para hipertensos e/ou diabéticos. Estimamos alcançar com a intervenção 527 usuários diabéticos e 1845 usuários hipertensos que serão anexadas as fichas-espelho, com busca ativa

de 63 usuários diabéticos pertencentes à área adscrita e 30 usuários hipertensos para alcançar a estimativa de meta de 100% dos indicadores de cobertura e qualidade do CAP.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários diabéticos e hipertensos. A profissional localizará os prontuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínico e laboratoriais.

Será capacitada a equipe de saúde para que, a partir da detecção de novo usuário hipertenso e/ou diabético, todos saibam como funciona o cadastramento do usuário. A enfermagem será informada do usuário recentemente diagnosticado e fará o cadastramento. A equipe de saúde deverá estar capacitada para realizar o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos, que ocorrerá na primeira semana da intervenção tendo como responsável a médica e ao longo das reuniões de equipe. O uso dos medicamentos, exames e acompanhamento pode ser revisado durante os acolhimentos e atendimentos clínicos. Os esfigmomanômetros da unidade deverão ser calibrados pelo INMETRO, semestralmente, para garantir um bom acompanhamento clínico. Monitoramento sobre consultas em atraso, exames clínico e laboratoriais.

Para realizar o monitoramento das ações serão necessárias 93 fichas de atendimento da USF/UBS, 1 livro de registro de todos os usuários hipertensos e 1 livro de diabéticos, 1 livro de registro odontológico, 1 livro de registro das visitas domiciliares que será solicitado na reunião com o gestor pela médica da UBS na primeira semana de intervenção. O preenchimento dos prontuários e fichas de atendimento será realizado por todos os profissionais que realizam o atendimento (Enfermeira, Dentista, Médico, Técnicos). A ficha dos usuários hipertensos será preenchida pelo ACS e revisadas pela Enfermeira. O andamento das atividades será discutido semanalmente na reunião da equipe.

Para garantir os 100% dos registros cadastrados no programa será necessário 1 livro de registros de todos os usuários hipertensos e diabéticos, o controle dos atendimentos clínicos e dos que estão fora da periodicidade

programada pelos Protocolos e os controles dos exames clínicos dos usuários diabéticos e hipertensos. O preenchimento será feito pelo ACS e revisadas pela Enfermeira. Será solicitado na reunião com o gestor pela médica na primeira semana de intervenção. Assim como a solicitação do material adequado para aferir da pressão arterial e realização do hemoglicoteste.

Para garantir o atendimento odontológico será preciso 1 livro de registros de todos os usuários diabéticos e hipertensos, 1 livro de registro de consultas odontológica, será revisado pela odontológica.

Para garantir que toda comunidade conheça a existência do programa de atenção á usuário hipertenso e Diabetes Mellitus faremos grupos com a medica e enfermeira mensalmente. Será feita uma conversa da médica com as lideranças para identificar o local a ser realizada estas reuniões mensais.

Para garantir o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo precisamos do protocolo, 1 controle de usuários assistente a consulta de odontologia, a dos usuários diabéticos e hipertensos, será revisado pela enfermeira e discutido em reunião da equipe. Será confeccionado um banner com informações sobre HAS e DM na UBS na primeira semana, para isto precisará de cartolina e canetinhas para a confecção.



### 2.3.4 Cronograma

Semanas da intervenção	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Monitoramento e avaliação o projeto de intervenção em Ações	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos no Programa.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com lideranças.	X			X				X				X				X
Capacitação da equipe sobre o Protocolo	X															
Controle e verificação dos insumos e equipamentos utilizados durante a intervenção	X			X				X				X				X
Atendimento clínico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupos da ação programática			X				X				X			X		
Confecção do banner sobre HAS e DM	X															
Busca ativa dos faltosos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Manter as informações do SIAB atualizadas.	X			X				X				X				X

### **3 Relatório da Intervenção**

A intervenção ocorreu em 12 semanas ao invés de 16, como planejado na intervenção. Isto se deve ao fato de planejar a intervenção e, no meio tempo, teve as minhas férias. Por isso preferi iniciar depois de minhas férias a intervenção, até porque sou a única médica na UBS e não teria como manter os atendimentos clínicos preconizados na intervenção ao longo das férias. Assim, a intervenção na UBS foi realizada de abril a julho de 2015.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

A melhoria da atenção à saúde de os usuários Hipertensos e Diabéticos foi escolhida o tema da intervenção, visto que estes representam uma larga proporção da população em nosso município. Tornou-se, então, muito importante melhorar ações da APS visando à promoção e prevenção de doenças, bem como a adoção de modos e estilos de vidas saudáveis para a população.

Quando começamos a intervenção, tudo aconteceu de forma adequada, conforme planejado no projeto. Houve inicialmente uma reunião da equipe (figura 1) para estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, definição das atribuições de cada membro da equipe e capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de saúde dos usuários Hipertensos e Diabético. A atividade foi realizada em dois momentos: no início da intervenção e novamente, logo após de meu retorno das férias, quando já tinha a aprovação para começar a intervenção.

Definimos nestas capacitações as atribuições de cada profissional da equipe na AMR dos usuários Hipertensos e Diabéticos, para que todos os profissionais saibam que tem que fazer para uma atenção adequada aos usuários. Capacitamos a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares, para garantir que os exames complementares sejam orientados com critérios médicos. A equipe também foi capacitada para o acolhimento aos usuários Hipertensos e Diabéticos, os ACS foram capacitados para realização de

busca ativa dos usuários Hipertensos e Diabéticos faltosos (figura 6) e que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, além de receberem treinamento para a orientação de os usuários Hipertensos e Diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Houve treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento. A equipe também foi treinada para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia, para a orientação dos usuários dos benefício e direitos para obter os medicamentos pela farmácia popular. Os ACS foram orientados sobre o cadastro, identificação, reconhecimento e acompanhamento domiciliar de os usuários Hipertensos e Diabéticos acamados ou com problemas de locomoção.

A equipe foi capacitada para verificação da pressão arterial e de destro de forma criteriosa (figuras 2 e 3), incluindo uso adequado do manguito, melhorar o acolhimento para os Hipertensos e Diabéticos portadores de hipertensão arterial e/ou DM (fizemos a capacitação sobre acolhimento, para garantir um conforto para todos os usuários), criamos sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o Hipertenso e Diabético que não provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste: criamos sistema de alerta, para assim evitar mão tratada do usuário com o procedimento, só oferecer para aquele que precisem. Capacitamos a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em usuários Diabéticos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm/Hg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados; para assim garantir o controle dos usuários negligentes que não cumprem as orientações dos médicos. Também orientamos sobre as principais doenças que predominam no município: como as HAS, DM e as doenças Psicológicas e Psiquiátricas. Capacitamos os ACS para captação de usuários Hipertensos e Diabéticos, para buscar uma captação a tempo da intervenção das pessoas com essas doenças, para sua participação em os grupos e em as atividades que realizam e não fiquem afastados. Capacitamos os dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para usuários Hipertensos e Diabéticos, pedindo para que se organizasse a agenda para que nenhum usuário fique fora do atendimento, com atenção em tempo adequado da idade e suas consequências.

Visando engajamento público, realizamos parcerias institucionais para realização de atividade física com Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), para em conjunto desenvolver atividades não só de atividades físicas, mas também culturais nos encontros de Hipertensos e Diabéticos, como com danças típicas da cultura gaúchas, suas comidas, roupas típicas, além de apoiar estas instituições em seu trabalho.

Fizemos contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de saúde dos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos solicitando apoio para a captação e para as demais estratégias que serão implementadas (figuras 4 e 5). Esse contato foi realizado pelo médico da UBS, em conjunto com a enfermagem, entramos em contato com o gestor municipal de saúde (figura 7), onde ele ficou muito interessado na intervenção e falou que qualquer recurso que precisemos para desenvolver a intervenção, podia-se recorrer a ele. Esse contato com o líder comunitário ajudou porque facilitou os recursos para fazer as fichas espelhos, as cadernetas de saúde dos idosos, garantirem a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, garantiram material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, garantiu material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, garantiu os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os usuários Hipertensos e Diabéticos (balança, antropometria, Tabela de Snellen).

Para as ações de prática clínica, coordenamos como seriam feitas as ações da rotina de atendimento como acolher os hipertensos e diabéticos, onde determinamos atender todos os usuários que comparecerem na UBS no mesmo turno (atendimento imediato da demanda espontânea). Além disso, divulgamos turnos de atendimentos preferenciais para os mesmos, para que todos se sentissem à vontade de comparecer à UBS. Cadastramos os usuários Hipertensos e Diabéticos da área de cobertura da unidade de saúde, onde aproveitamos a campanha de vacinação para aumentar o número de cadastrados. Orientamos para eles como vai acontecer seu seguimento pela equipe de saúde e a importância de seu atendimento médica periódico. Oferecemos atendimentos preferenciais para eles, para melhorar a atenção médica os usuários Hipertensos e Diabéticos,

principalmente por os profissionais que prestam atendimento direito a nossos usuários.

Para as ações de monitoramento e avaliação, a enfermeira atualizou as informações para a saúde dos hipertensos e diabéticos todos os dias através das fichas espelho. Monitoramos a cobertura dos hipertensos e diabéticos da área com acompanhamento na UBS periodicamente através da planilha de coleta de dados. Este monitoramento foi feito por toda a equipe.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Devido a todos os esforços da equipe para a intervenção, tudo ocorreu conforme o planejado, ou seja, conforme o cronograma. Como em tudo na vida, houve uns atrasos e mudança de planos como fazer a reforma da unidade básica de saúde onde ocasiono problema para a realização de os grupos com nossos usuários. O mapeamento em nossa população que fico menos usuários de o planejado a inicio dela intervenção, mas os quais já foram adaptados. No momento do meu retorno de férias, começaram os problemas, pois fizeram um mapeamento e fiquei com menos usuários que tinha quando comece a intervenção, e ainda assim ficamos com um total de 3 micros áreas sem cobertura de ACS, começaram a fazer uma reforma na UBS e não tinha local para realizar os grupos, mas o Centro de Reabilitação e Assistência Social (CRAS) deixou fazer em seus locais as atividades propostas. Apesar dos problemas, as ações foram cumpridas integralmente, já que a equipe reestruturada se comprometeu com o projeto, redobrando o esforço. A enfermeira mostrou ter elevada qualificação profissional e logo depois de eu explicar o projeto, ficou muito interessada e realizou seu trabalho de forma ótima.

Tivemos algumas coisas para planejar de novo, como distribuir de novo as ações e responsabilidades para nossos ACS, enfermeira, técnicos de enfermagem, dentistas, assistentes de dentista e farmacêutica. Fizemos nova capacitação dos profissionais para o atendimento dos usuários Diabéticos e Hipertensos de acordo com o protocolo adotado pela UBS; para lograr uma atenção do alto nível aos Hipertensos e Diabéticos e lograr adesão deles na UBS. Portanto, as ações previstas no projeto foram realizadas e cumpridas integralmente com leves dificuldades encontradas, mais se alcançou o objetivo traçado pelo apoio e

engajamento da equipe, comunidade e gestores. Todas as ações propostas forem realizadas de acordo ao planejado no projeto e não identifiquei nenhuma ação no projeto que não tenhamos desenvolvido.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

O fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores foi uma parte muito importante e de muito valor para avaliação numérica das atividades semana por semana, mês por mês. Tivemos dificuldades no lançamento de dados, identificada, pois alguns indicadores estavam acima de 100%.

Também tivemos dificuldade no indicador que ficaram abaixo de 100% por que eu tenho uma população muito grande e sou a única medica da UBS.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

A equipe encontra-se com ótima motivação para realização das atividades que estavam por vir. Para a incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, temos que completar a equipe de saúde, com a mesma quantidade de ACS tinha no começo e que precisamos para cobrir nossa população completa das micro áreas. Esse aspecto é importante e interfere diretamente no cadastro dos usuários Hipertenso e Diabéticos

Eu considero que trabalhando com consciência, adotando estas ações como estratégia do município após a finalização da intervenção, analisando os benefícios que esta trouxe para melhor a saúde de nossos usuários em conjunto com o gestor de saúde do município serão implementadas. Visamos continuar a identificação e diagnósticos de novas patologias, a Promoção e Prevenção de muitas doenças e complicações, que possam ser evitados pelo diagnóstico oportuno.

Através da análise da aceitação que as ações tiveram pelas pessoas Hipertensas e Diabéticas e por todo o município que olhou e acompanhou nosso trabalho e o compromisso de toda a equipe, acredita-se que pode e devem ser adotadas como rotina na UBS.



Figura 1: Reunião da equipe na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.



Figura 2: Aferição de pressão arterial na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.



Figura 3: Aferição de destro na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.



Figura 4: Realização de grupo com o tema de estilo de vida na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.





Figura 5: Grupo de hipertensos e diabéticos na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.



Figura 6: Equipe fazendo busca ativa de faltosos na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.



Figura 7: Conversa com os gestores de saúde na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Mellitus foi o tema da intervenção escolhido como foco de intervenção pela Equipe do Posto de Saúde Adolfo Groth/RS. A intervenção aconteceu durante 12 semanas presenciais, no período de março a maio de 2015. Estava previsto para que fosse realizado em 4 meses, porém como teve minhas férias, realizei duas semanas de intervenção, que foi paralisada por ausência de médico para atendimento clínico de modo a manter as atividades (principalmente atendimentos clínicos) durante minhas férias, uma vez que sou a única médica da UBS.

Pela união da Equipe de Saúde foi possível desenvolver o Projeto, o qual ficou muito interessante para avaliar nosso trabalho na APS, fundamentalmente na promoção e prevenção das doenças e suas complicações ou o progresso para fase mais grave ou avançado. Temos na população total 8256 pessoas de acordo com o CAP com uma equipe de ESF, porém, conforme preconizado pelo MS, que é cerca de 4000 pessoas, temos um excedente de pessoas na área adscrita que faz com que nosso trabalho seja exacerbado. Assim, na área adstrita, temos um total de 1845 usuários portadores de HAS, e 527 portadores de DM pelo CAP.

Escolhemos analisar os resultados pelo CAP, mesmo considerando as diferenças entre ele e a planilha de coleta de dados que, com a mesma população total, esta última estimou 1256 hipertensos e 310 diabéticos, o que elevaria nossos indicadores, porém, com os diabéticos o indicador de cobertura ficaria acima de 100%, pois acompanhamos 320 diabéticos, o que resultaria em 103,2%. Participaram da intervenção 1057 usuários durante os 3 meses (1052 hipertensos e 320 diabéticos). Os indicadores de qualidade alcançaram quase todas as metas traçadas no projeto da intervenção. Adiante faremos a interpretação dos resultados obtidos para os 6 objetivos e suas respectivas metas para todos os indicadores que avaliaram a cobertura, qualidade, adesão, registros e promoção em saúde.

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta: 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

A Equipe durante o mês 1 da intervenção teve um número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhado na UBS de 447, com um número total de hipertensos com 20 anos residentes na área de abrangência da unidade de saúde 1798, para uma cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde de 24,2 %, no mês 2 tivemos um número de 789 usuários portadores de HAS, para 42,8%, e no mês 3 do projeto foi de 1052, com um índice de cobertura de 57% (figura 8). Podemos apreciar que não foi possível atingir a meta traçada pela Equipe de 100%, fato dado porque muitos de nossos usuários residentes na área de abrangência fazem uso de seus planos de Saúde, com certa preferencia por seus médicos particulares, também vale destacar que nossa equipe não é suficiente para cobrir o total da população. As ações de identificação da população-alvo pela equipe tanto na recepção, quanto nos atendimentos clínicos e na busca ativa dos ACS fizeram com que atingíssemos este resultado, além de priorizar minha agenda para estes atendimentos

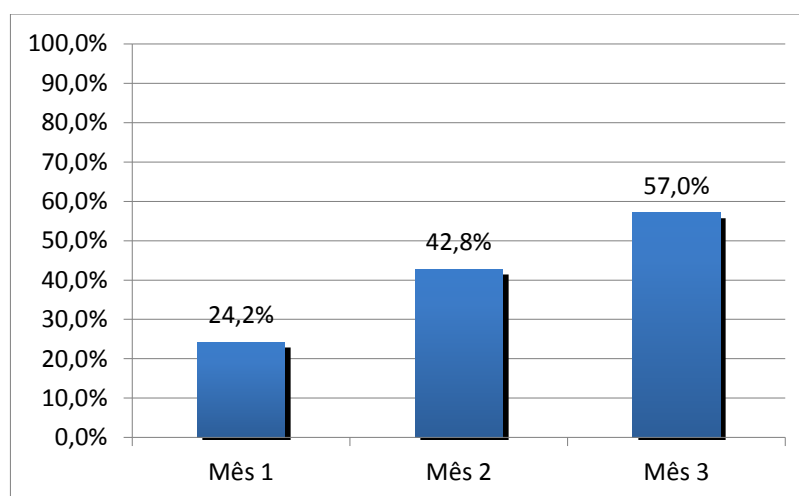


Figura 8: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.



Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Durante o mês 1 a equipe teve um número de 132 diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde, com um número total 459 diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde, para um índice de 25%, no mês 2 tivemos um numero de 204 diabéticos, 38,7 %, e durante o mês 3 de 320 diabéticos, ou seja 60.7% (figura 9). Não foi possível alcançar 100% porque a Equipe não é suficiente para este tamanho de população da área adscrita, mesmo com todo o esforço da equipe na identificação e nos atendimentos clínicos, conforme discussão da meta 1.1.

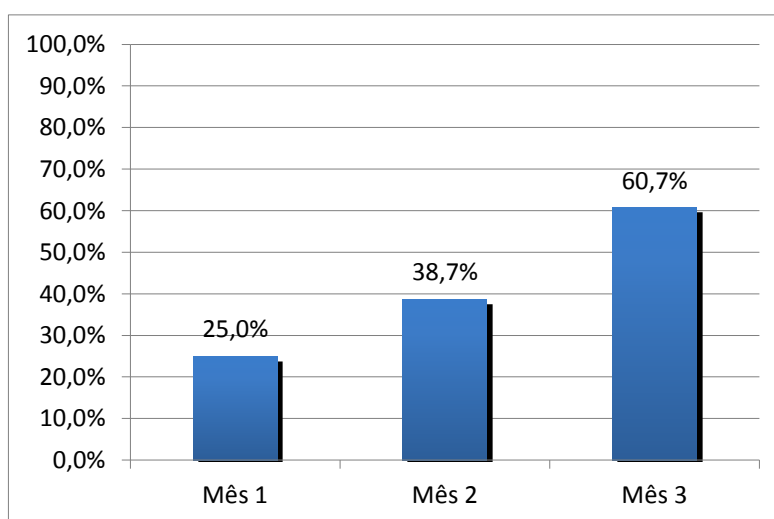


Figura 9: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.  
Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta: 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Quanto a qualidade de atenção, durante o mês 1 da intervenção, a Equipe teve 432 hipertensos com exame clínico apropriado em dia de acordo o protocolo (96,6%), no mês 2 de 770 portadores de HAS e, em acompanhamento 789 usuários, com uma proporção de 97,6%, e no mês 3 tivemos 1033 hipertensos, de 1052 cadastrados e acompanhados na unidade (98,2%) indicados na figura 10. Este indicador não atingiu a meta de cobertura de 100% porque fica muito difícil para os usuários acessarem o centro de exames clínicos, que fica distante da cidade.

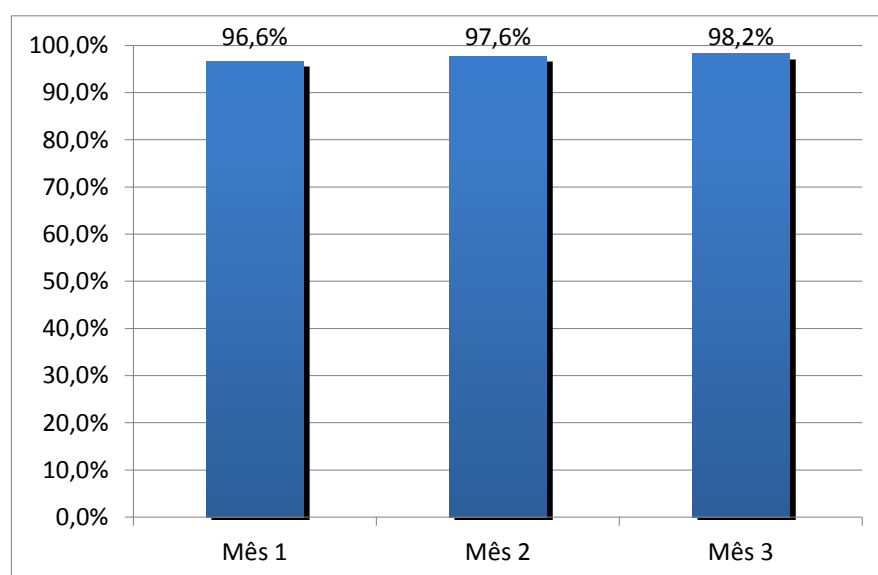


Figura 10: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015. Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

Meta: 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

O número de diabéticos com exame clínico apropriado em dia de acordo com o protocolo durante mês 1 foi de 132, com um número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS de 132 (100%), no mês 2 tivemos 200 diabéticos com exames clínicos apropriados, de 204 acompanhados na UBS, ou seja 98,0%, e no mês 3; 316 com exames clínicos apropriados, de 320 diabéticos (98,8%) conforme figura 11, indicador que ficou muito perto da meta traçada de 100%, mas poderia haver sido atingida se tivéssemos usuários que cumprissem com as orientações do médico sobre a importância de ter os exames clínicos apropriados

em dia para avaliar a eficácia do tratamento, a evolução da doenças, aspecto vital para evitar futuras complicações como as úlceras e o pé diabético.

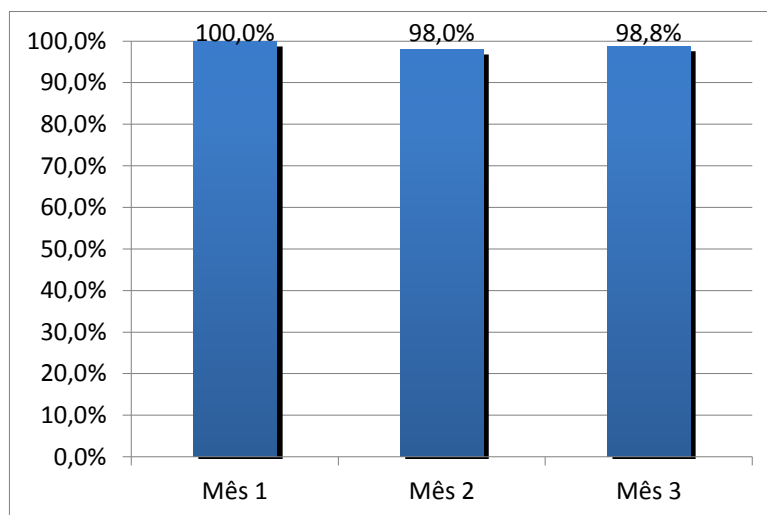


Figura 11: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

Meta: 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A Equipe teve 430 hipertensos com exames complementares periódicos em dia, com 470 hipertensos residentes na área e acompanhado na UBS, com uma proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo durante o mês 1 de 96.2%, no mês 2 de 766 hipertensos, com 789 residente na área e acompanhado, para um 97.1%, e durante o mês 3, foram 1029 os hipertensos com exames complementares em dia, de 1052 acompanhado na UBS, para uma proporção de 97,8% (figura 12), meta que não atingida pela equipe porque temos usuários portadores de HAS recebem as indicação solicitada pela medica particular, assim a consulta para fazer pela SUS de forma gratuita, mais não tem um retorno a consulta, já que o preferem assistir a consulta com seu medico, outros que não cumprem com as orientações do medico, sobre a importância de ter os exames clinico apropriados em dia para avaliar a eficácia do tratamento, a evolução da doenças.

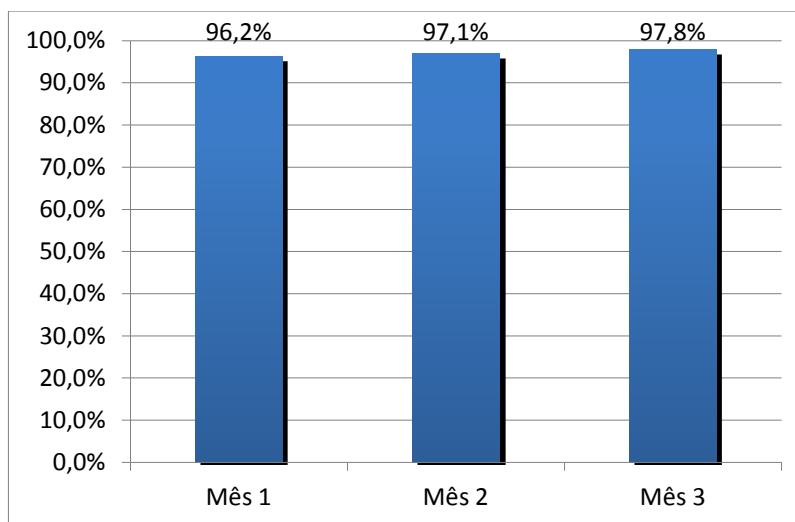


Figura 12: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015. Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

Meta: 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo durante o mês 1 da intervenção foi de 97.7%, dado porque o número de diabéticos com exame complementar periódico em dia foi de 129, com um número de 132 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS, no 2 mês foi de 96.6%, porque tivemos 197 com exames, de um total acompanhado de 204, e no mês 3 foi de 97.8% (figura 13). Estes resultados se refletem porque tivemos 313, de 320 acompanhado na UBS, e esta meta não atingida pela equipe porque temos usuários diabéticos que recebem as indicações solicitadas pela médica particular e assistem à consulta para fazer pelo SUS de forma gratuita, ou seja, são indicados pelo médico do SUS, mas não retornam à consulta, já que preferem mostrar para seu medico particular, além de ter outros usuários que não cumprem com as orientações do médico, sobre a importância de ter os exames clínicos apropriados em dia para avaliar a eficácia do tratamento e a evolução da doença.



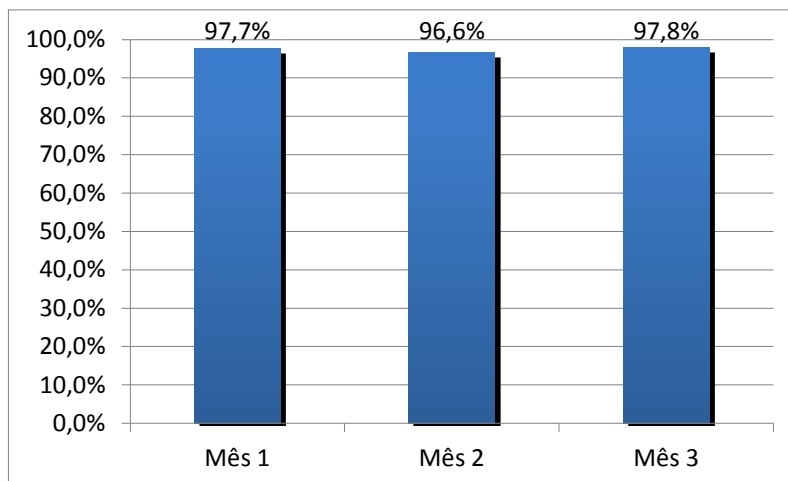


Figura 13: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015

Meta: 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

A proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada foi outra das ações desenvolvidas pela Equipe para garantir 100% na população alvo, mas durante o mês 1 só foi possível atingir 98,7%, dado que o número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia foi de 441, e o número de hipertensos com prescrição de medicamentos de 447, durante o mês 2; foi de 84.9%, com um numero de hipertensos de 670 com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia, e 789 forem o numero de hipertensos com prescrição de medicamento, e no mês 3 foi 88.7%; representado por 933 hipertensos, para 1052 com prescrição de medicamento (figura 14), onde podemos apreciar que não foi possível atingir a meta traçada pela Equipe, dados porque muitos dos tratamentos realizados por nosso hipertensos são instaurados pelo médico partícula que alegam que os medicamentos da farmácia popular são feitos com produtos de baixa qualidade e seu efeito não é o esperado.

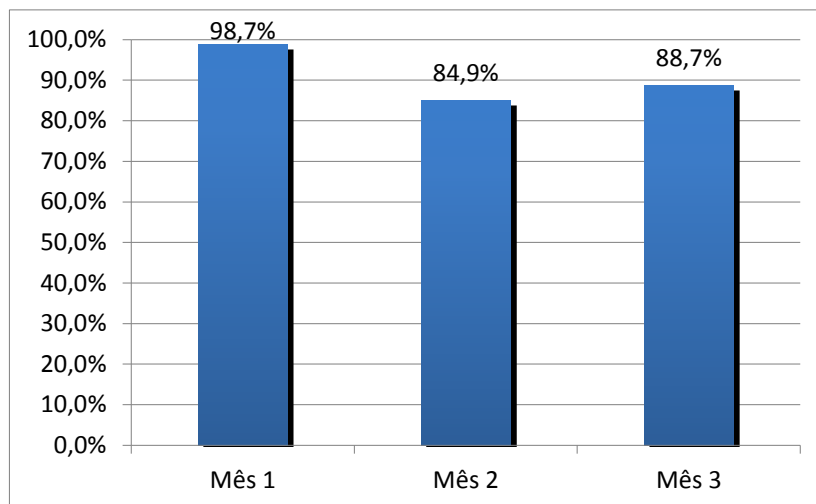


Figura 14: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.  
Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015

Meta: 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Durante o mês 1 da intervenção o número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia foi de 131, e o número total foi de 132, com uma proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada de 99,2%, no mês 2; tivemos 175 diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia ao total de 204, ou seja 85,8%, já no mês 3 foram 291 diabéticos, com 320 ao total com prescrição (90,9%) ver figura 15. Esta meta, assim como a meta 2.5, não foi atingida pela Equipe por igual motivo dos Hipertensos: muitos dos tratamentos realizados por nossos diabéticos são instaurados pelo medico particular, além de nossos usuários alegarem que os medicamentos da farmácia popular são feitos com produtos de baixa qualidade, e seu efeito não é o esperado.

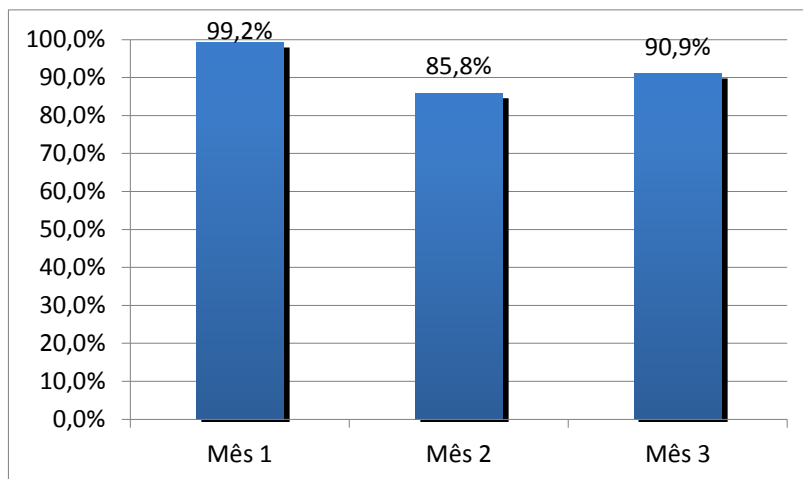


Figura 15: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

O número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico durante o mês 1 foi de 438, com o número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS de 447, ou seja 98.0%; no mês 2 foram 776 hipertensos avaliados, com 789 hipertensos avaliados (98.4%), mês 3 foram ao total 1039 avaliações, de 1052 acompanhados (98.8%) – ver figura 16, chegando próximo da meta estimada de 100%, mas não foi atingida a meta dado que nossa UBS está em reforma e o serviço de odontologia se encontra limitado por estas condições.

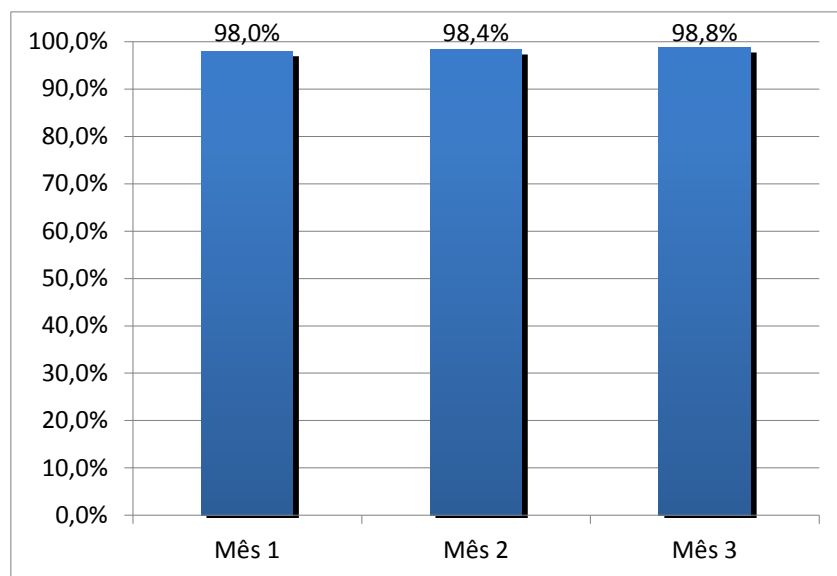


Figura 16: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidades de avaliação odontológica na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Foram avaliados com a necessidade de atendimento odontológico 132 diabéticos no 1º. Mês (100%), 204 no 2º. Mês (100%) e 320 diabéticos no 3º. Mês. Atingimos esta meta.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Foram feitas buscas ativas a 391 hipertensos no primeiro mês (100%) e 286 hipertensos no segundo e terceiro mês, totalizando 100% de busca ativa.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Foram feitas buscas ativas a 119 diabéticos no primeiro mês (100%) e 115 no segundo e terceiro mês, totalizando 100% de busca ativa.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Tiveram registro adequado 447 hipertensos no primeiro mês, 789 no segundo mês e 1052 no terceiro mês, totalizando 100% em cada mês.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Tiveram registro adequado 132 hipertensos no primeiro mês, 204 no segundo mês e 320 no terceiro mês, totalizando 100% em cada mês.

**Objetivo 5.** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta: 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Durante o mês 1 a proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foi de 99.8%; representado por 446 hipertensos com estratificação do risco cardiovascular por examine clínico em dia com total de 447 hipertensos residentes na área e cadastrados na UBS, no mês 2 tivemos 788 hipertensos com estratificação, e 789 hipertensos cadastrados, 99.9%, já no mês 3 foram 1051 estratificações, com 1052 cadastrados (99.9%) – figura 17.

Outra meta bem perto do esperado pela equipe pode-se considerar ótimo, não é de um 100%, mas bem adequado para uma equipe que não é o suficiente para uma população tão grande.

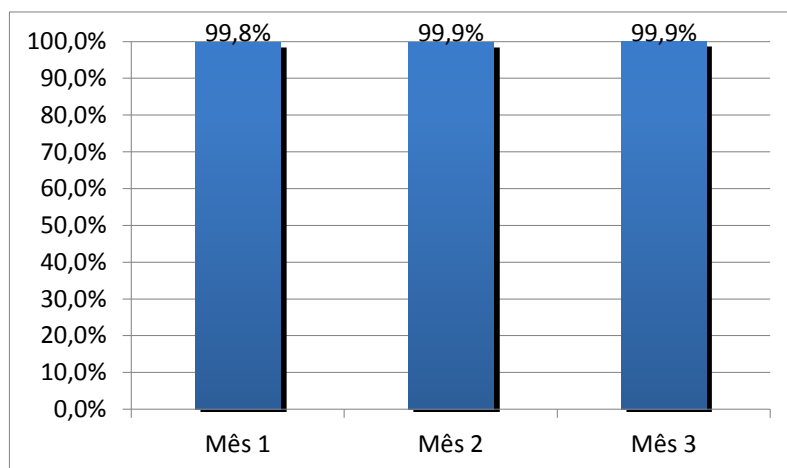


Figura18: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Foi realizada a estratificação de risco para diabéticos em 100%, ou seja, 132, 204 e 320 nos três meses respectivamente.

#### **Objetivo 6.** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta: 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

O número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável durante o mês 1 foi de 446, com número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS de 447, ou seja 99.8%, no mês 2 tivemos 778 hipertensos com orientação, de 779 residentes e acompanhados na área adscrita da UBS (99.9%), e no mês 3 foram 1051 hipertensos, de 1052 acompanhados na UBS, ou seja 99.9% (figura 18), o qual reflete o trabalho da Equipe para atingir a meta, a

qual fico ótima, muito perto do 100% planejado e trabalharemos para a melhoria e continuidade destas ações.

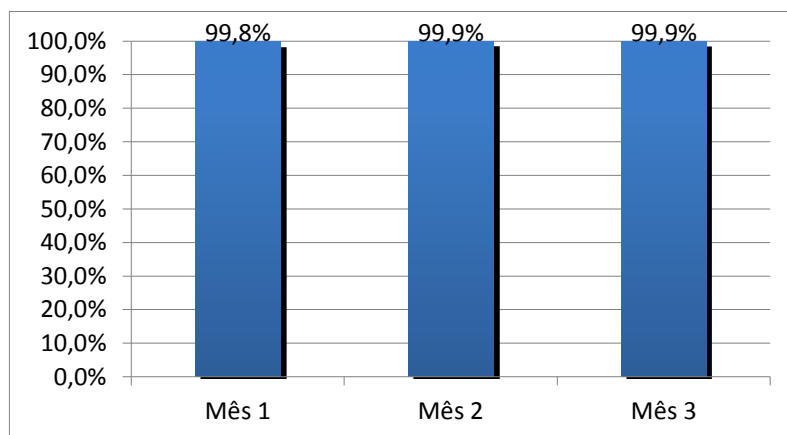


Figura19: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

A proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, no mês 1 foi de 99.2%, com total de 131 usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável de 132 usuários diabéticos cadastrados, no mês 2 foi de 99.5% representado por 203 diabéticos com orientação e 204 ao total, já no mês 3 foi de 99.7% com 319 usuários diabéticos com orientação do total de 320 diabéticos (figura 19). Ainda que não alcançamos a meta de 100%, com a incorporação na rotina do trabalho devemos orientar a toda a população.

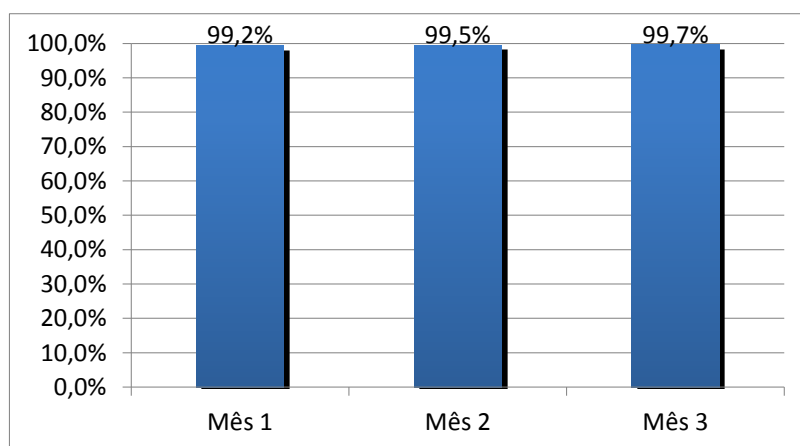


Figura 20: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

Meta 6.2: Garantir orientação sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Foi realizada a orientação sobre alimentação saudável para diabéticos em 100%, ou seja, 132, 204 e 320 nos três meses respectivamente.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Foram orientados sobre prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos e hipertensos nos três meses da intervenção, ou seja, 447, 789 e 1052 hipertensos e a 132, 204 e 320 diabéticos respectivamente.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Foram orientados sobre os riscos do tabagismo 100% dos diabéticos e hipertensos nos três meses da intervenção, ou seja, 447, 789 e 1052 hipertensos e a 132, 204 e 320 diabéticos respectivamente.



Meta: 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

A proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal durante o mês 1 da intervenção; foi 100% de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal de 447, no mês 2 foi de 99,7%, representado por 787 hipertensos com orientação, e 789 residentes na área; já no mês 3 resultou em 99,8%, com 1050 hipertensos, e 1052 residentes na área (figura 20). Esta meta não foi possível atingir a 100% conforme planejado pela Equipe, mas fica muito ótimo, podemos atingir na incorporação na rotina da ação programática pois, muitos de nossos usuários alegam que não tem tempo a perder em uma consulta, porque chegariam tarde ao trabalho, ou porque precisam fazer outras coisas.

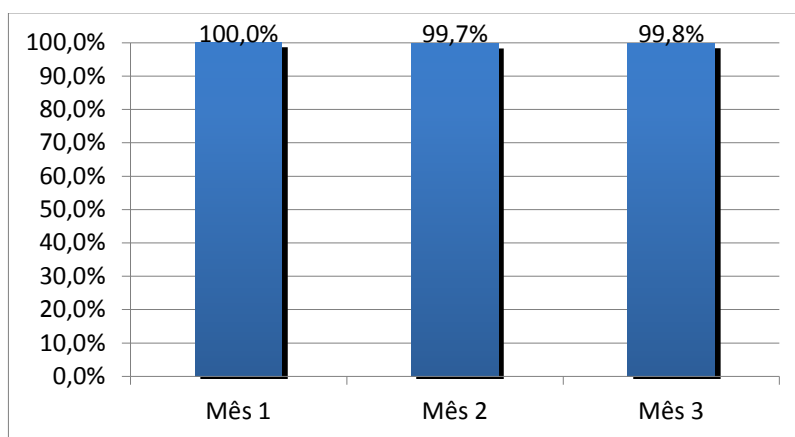


Figura 16: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal na UBS Adolfo Groth, Passo Fundo/RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Foi realizada a orientação higiene bucal para diabéticos em 100% dos atendimentos, ou seja, 132, 204 e 320 nos três meses respectivamente.

## 4.2 Discussão

A intervenção desenvolvida em minha UBS sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos, manter as informações do SIAB atualizadas, implantar a ficha de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações, definir responsável pelo monitoramento dos registros, organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar.

Ganhamos na melhoria da qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos; com uma proporção de hipertensos e diabéticos com o exame clínico apropriado e complementar em dia de acordo com o protocolo adequado para nossa população em proporção à nossa Equipe, também o número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /Hiperdia priorizada, hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Melhoramos muito a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa; o número de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa aumento consideravelmente. O mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular foi feito adequadamente e com empenho por os integrantes de nossa equipe que teve que redobrar esforços para conseguir atingir metas traçadas. Em todas as consultas e visitas domiciliares foi realizada a estratificação de risco cardiovascular aos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, receber orientação nutricional sobre alimentação saudável, a prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

A intervenção teve uma importância para a equipe já que exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepção, como atribuições e responsabilidade de cada profissional da Equipe para garantir um atendimento de Saúde adequado, onde nossa recepcionista foi responsável principais pelo acolhimento dos usuários

portadores de HAS–DM, em conjunto com nossa enfermagem e auxiliar de enfermagem, as quais faziam o acolhimento dos usuários da UBS.

A enfermagem teve a responsabilidade de monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, a aferição de pressão arterial, a realização do hemoglicoteste, informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos anualmente, do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, nas grupos realizados em conjunto com a médica, esta que garantiu o registro dos hipertensos e diabéticos em dia e adequadamente, a capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, monitorar a realização de exame clínico apropriado e examine médicos dos usuários hipertensos e diabéticos, a orientação dos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço como nas referências e contra referência dos usuários portadores de HAS e DM que precisarem assistir á consultas com outros especialistas como o endócrino, neurologia, cardiologia, oftalmologia, angiologia, que são as especialistas maior demandadas pelos usuários portadores de complicações da doença de base, as quais forem feitas com critérios clinico adequados, cumprido com os protocolos, também de odontologia, onde eles priorizarem os usuários diabéticos, com doenças bucais agudas para garantir que a glicemia em sangue ficasse em cifras ótimas e evitar descontrole da mesma, nos usuários hipertensos onde sempre acompanhamos o atendimento com a dentista para evitar crises hipertensivas por stress durante o atendimento e assim agir imediato e evitar alteração e complicações pela HAS.

A intervenção teve muita importância para o serviço porque antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas

na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

A importância que teve a intervenção para a comunidade foi elevada, ainda que o impacto da intervenção é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a melhoria no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Apesar da ampliação da cobertura desta ação programática, ainda tem muito hipertenso e diabético sem cobertura.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento seria garantir uma maior parceria com os gestores e secretaria de saúde do município, além das demais instituições e redes sociais. A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe, também se a equipe fosse mais ampla, com mais integrantes, além de uma equipe adequada para minha população tão grande. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço, também teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A Equipe de Saúde tem como proposta incorporar a intervenção na rotina do Serviço, por os resultados alcançados, a união que garantiu nos profissionais de saúde os benefícios gerados na comunidade e os indicadores de saúde na população. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Vamos adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

A partir do próximo mês, quando teremos disponíveis ACS para o demais micro áreas, pretendemos investir na ampliação de cobertura e qualificação da ação programática dos hipertensos e diabéticos de forma a continuar com o empenho estipulado na intervenção.

Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos programar a melhoria das ações programáticas de atenção ao pré-natal e a saúde da criança na UBS.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Prezado Gestor:

Entre os meses de março a maio do ano de 2015, a equipe da ESF Adolfo Groth do município de Passo Fundo/RS teve sua atenção direcionada à melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus. Este objetivo foi escolhido através de um estudo de análise situacional proporcionado pelo curso de especialização em saúde da família do UNASUS/UFPel.

Isto porque analisamos que tínhamos um total de 8.256 pessoas segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP), sendo que 1.845 pessoas com 20 anos ou mais, residentes na área e acompanhada na UBS são portadoras de hipertensão. A cobertura segundo o CAP era de 97%, ou seja, 1.798 usuários são acompanhados. Temos também a estimativa de 527 usuários diabéticos residentes na área, sendo 459 acompanhados na UBS, a cobertura pelo CAP é de 87%.

No que diz respeito aos indicadores de qualidade da ação programática de DM, 88% dos usuários diabéticos realizaram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 27% com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias e 76% com avaliação de saúde bucal em dia, segundo o CAP. Na HAS os indicadores de qualidade: 48% dos usuários com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 48% com avaliação de saúde bucal em dia, 94% com exames complementares periódicos em dia e 4% dos usuários em atraso da consulta agendada em mais de 7 dias. Escolhemos este foco de intervenção porque, mesmo com os índices de cobertura elevados, temos dificuldades em acompanhar todas as consultas programadas pela periodicidade preconizada pelo Protocolo destas ações programáticas (BRASIL, 2013 e 2013b) e que todos os usuários tenham os exames complementares prontos e às consultas odontológicas. Também temos dificuldades na disponibilidade dos aparelhos para aferir a pressão arterial (esfigmomanômetro) e de glicosímetro para a realização de glicemia de cada usuário. Nossa equipe tem como objetivo alcançar que todos os usuários tenham

suas consultas periódicas em dia, assim como todos os exames complementares e à consulta odontológica.

Nas doze semanas de intervenção, houve atendimentos relacionados à atenção ao referido grupo seguindo o Protocolo de atendimento aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (2013).

O público-alvo foi composto por usuários pertencentes à área de abrangência da UBS. Foram estipuladas metas e ações alicerçadas nos quatro eixos pedagógicos, a saber: a qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação.

No âmbito da intervenção cada profissional, previamente capacitado e consciente de suas responsabilidades, empenhou-se com exatidão no cumprimento das mesmas. A secretária na recepção era responsável pelo acolhimento do usuário, pois este primeiro encontro é de vital importância para o atendimento posterior. A equipe de enfermagem foi a encarregada da triagem em conjunto com os acadêmicos e corpo docente que atuam na unidade, contribuiu com a realização dos exames, entrega de resultados, divulgação da intervenção na sala de espera e nos encontros de grupos de promoção à saúde e divulgar a importância da prevenção da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A médica especializanda organizou sua agenda de forma a melhor atender aos usuários, na realização dos exames clínicos, indicação de exames complementares e seguimento de investigação e tratamento. A busca ativa de usuários faltosos à consulta foi feita pelas agentes comunitários, enfermeira e doutora, recuperando assim todos os atendimentos. As informações eram todas discutidas em reunião de equipe, momento em que eram planejadas as atividades com o propósito de atingir as metas e os indicadores previstos.

Ao início da intervenção, estimamos como população total 8220 usuários adstritos obtidos por meio da busca em prontuários clínicos e informação estatística na Secretaria de Saúde do município. Não foi possível fazer o cadastramento da população pela ausência de agentes comunitários de saúde em nossa unidade, pois são fundamentais para a realização desta atividade. Segundo a estimativa da planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso, 1798 usuários seriam hipertensos com 20 anos ou mais e 459 diabéticos com 20 anos ou mais. Ao final das 12 semanas, o número absoluto de 1052 usuários hipertensos, residentes na área de abrangência e 320 usuários diabéticos procuraram o serviço para o

atendimento, de maneira espontânea ou por agendamento prévio. Para ambos indicadores, os números foram ascendendo mês a mês durante a intervenção, comprovando a efetividade da mesma.

Os indicadores de qualidade da intervenção que foram passíveis de análise atingimos a 100% quanto a proporção de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, mas a proporção de usuários com exames clínicos e exames complementares em dia não foi atingida 100%.

Consideramos necessária a discussão com os senhores gestores sobre o redimensionamento da área adscrita pela equipe, que é maior que 4000 pessoas como preconizada pelo Ministério da Saúde. Isto, apesar dos esforços, trouxe dificuldades neste acompanhamento por sobrecarregar a equipe. Associado a isso, o fato dos exames complementares serem realizados na Secretaria de Saúde do município e demorarem muito para serem agendados e realizados. Em relação à proporção de usuários hipertensos e/ou diabéticos no atendimento odontológico foi realizada na unidade alcançando 100% de usuários avaliados. No período compreendido da intervenção surgiram algumas dificuldades que, na medida do poder de resolubilidade que cabe ao profissional, foram superadas.

Citam-se também a falta de credibilidade no sistema de saúde pública na cidade, em virtude da demora para realização dos exames, e à inexistência de informações concretas acerca do problema. Há um descompasso na gestão e organização/regulação dos exames. De acordo com informações dos próprios usuários, algumas solicitações de exames levam até dois meses para serem agendados e são obrigados a fazer os mesmos em serviços privados, mesmo com dificuldades econômicas que a maioria apresenta.

Tal situação é um agravo aos preceitos de medicina preventiva, cujo principal objetivo do exame é o rastreamento de fatores de riscos que podem desencadear o desenvolvimento da Hipertensão arterial e/ou do Diabetes mellitus, assim como suas complicações, além da importância para poder estabelecer a classificação de estratificação do risco cardiovascular. Além disso, o diagnóstico precoce contribui para diminuição de gastos públicos com saúde, além de diminuir os indicadores de morbimortalidade da população-alvo.

Apenas mais um adendo quanto à resolubilidade do tempo de espera para a realização de exames complementares e restabelecimento na unidade do



atendimento odontológico, pois estes usuários não podem ser submetidos à má organização ou falha de contratos na saúde pública.

Seguindo, tem-se a baixa adstrição da população, pois não contamos com todas as agentes comunitárias de saúde, dificultando o acesso dos usuários às informações, ao agendamento das consultas e a manutenção do vínculo com a unidade. Soma-se o fato de inexistir um Conselho Gestor Local de Saúde, com uma população ativa e participativa.

Esperamos com um bom trabalho em equipe, manter a intervenção no cotidiano do serviço da ESF Adolfo Groth. Houve, de forma geral, uma boa adesão ao programa dada a sensibilização de todos sobre a importância da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus. Apesar das limitações impostas que fogem a governabilidade do profissional local, percebeu-se que a atenção à saúde na sala de espera e nas consultas individuais bem como a ação da equipe são benéficas e complementam as melhorias na atenção às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus. Ainda devemos destinar um foco maior a essas ações.

Atentamente,

Dra. Idania Salas Santana.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Comunidade,

A ESF Adolfo Groth conviveu nos últimos meses, de março a maio de 2015, uma intervenção destinada à atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus. No curso de doze semanas, houve um aumento nos atendimentos médicos, na solicitação de exames laboratoriais e prescrição de medicamentos disponibilizados pela farmácia popular. Do total de 8220 usuários estimados como população pertencente à área de cobertura da unidade, 1798 estimamos ser Hipertensos e/ou 459 Diabéticos com 20 anos ou mais e a este grupo foi oferecido prioridade no agendamento para as consultas. As metas foram estipuladas e buscou-se melhorar o atendimento, os registros e a organização do serviço através dos quatro eixos propostos pelo curso: a qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação.

Ao final das doze semanas, no mês 1 vimos em atendimento a 447 (24,9%), no mês 2, 789 (43,9%) no mês 3, 1052 (58,5%) usuários com hipertensão e, em relação aos diabéticos tivemos no mês 1, 132 (28,8%), mês 2, 204 (44,4%) e no 3º mês, 320(69,7%) usuários com diabetes mellitus procuraram pelo atendimento médico na unidade, as quais foram avaliadas integralmente e cadastradas com preenchimento da ficha-espelho. A procura pelo serviço foi crescendo mês a mês, demonstrando o interesse pelo cuidado à saúde de cada um. A qualidade do atendimento também melhorou de forma espetacular, pois todos os usuários tiveram suas informações e resultados anotados na ficha-espelho, os atendimentos foram realizados de forma satisfatória, de modo que contemplasse a correta avaliação por meio do exame clínico e indicação de exames complementares precisos.

Nossa Equipe da ESF Adolfo Groth alcanço 100% na busca ativa dos usuários com Hipertensão Arterial e diabetes mellitus faltosos a consulta, na proporção de usuários hipertensos e/ou diabéticos com registros adequados na ficha de acompanhamento, na proporção de usuários com orientações sobre a pratica de

atividade física regular, sobre o risco do tabagismo e os que receberam orientação sobre higiene bucal.

Apesar das dificuldades encontradas ao longo da intervenção, a equipe conseguiu desenvolver um bom serviço. Em nenhum momento faltou material para o desenvolvimento das ações previstas para a intervenção. Os temas sobre saúde foram abordados na sala de espera da unidade com objetivo de que os usuários divulgassem a importância da prevenção de fatores de risco que facilitam o desenvolvimento e complicações dessas doenças. A participação de vocês tanto nestas atividades quanto nos atendimentos foi e continua sendo essencial para que possamos melhorar o acesso ao acompanhamento e a qualidade dele. Tal medida ajudou para que a informação fosse propagada a grande parte da comunidade, sobretudo porque a unidade não possui agentes comunitários de saúde.

Comunicamos a vocês que ficou decidido, portanto, a permanência da intervenção no cotidiano do serviço da ESF Adolfo Groth. Houve, de forma geral, uma boa adesão ao programa dada a sensibilização de todos sobre a importância da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus no contexto da saúde pública. Apesar das limitações impostas que fogem do controle do profissional local, percebeu-se que a atenção à saúde na sala de espera e nas consultas individuais, bem como a ação de toda a equipe da unidade foram benéficas e complementaram o atendimento garantindo melhorias na atenção a saúde do grupo acompanhado.

Convidamos a toda a comunidade para que continuem confiando no serviço desenvolvido pela unidade e que auxiliem na divulgação do trabalho que vem sendo realizado para que possamos acompanhar de forma efetiva as todas as pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencentes à área de cobertura da unidade.

Atenciosamente,

Equipe de saúde da Unidade Adolfo Groth\RS

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Ao iniciar a intervenção para qualificar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na ESF Adolfo Groth, a minha expectativa estava baseada em desejos de mudanças e de aumentar a qualidade da atenção à saúde da população alvo da ação. Além disso, também tinha o desejo de aumentar a minha qualificação profissional e os meus conhecimentos sobre saúde da família na comunidade. Pensamentos sobre como desenvolver atividades que gerassem informações capazes de promover o trabalho em equipe, a prevenção e monitoramento das situações de risco, o planejamento das ações em saúde bem como a avaliação das ações em saúde para a população hipertensa e/ou diabética fazia parte das minhas preocupações.

Afinal, as atividades que envolvem atenção a pessoas hipertensas e/ou diabéticas sempre merecem destaque no âmbito da saúde. São muitos os estudos que demonstram que, apesar de todo o enfoque dado, desde 1994, com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, ainda há uma necessidade crescente em aperfeiçoar o trabalho das equipes de saúde para a identificação precoce e o controle e tratamento adequados destas doenças crônicas que são tão frequentes entre uma parcela da população.

Ao longo das atividades, as dificuldades impostas sem alcance do poder de resolubilidade do profissional local da unidade, dificultaram o acesso dos usuários a algumas informações, retardaram as respostas às suas queixas quanto à demora de agendamentos relacionados principalmente aos exames complementares e avaliação por outras especialidades. Isso, por sua vez promove o retardo do diagnóstico acarretando em algumas complicações e, o que obviamente, pode influenciar no prognóstico de alguns usuários com doenças crônicas.

Por diversas vezes, ao longo dos três meses, acreditei que as mudanças advindas com a intervenção não perpetuariam na rotina da unidade. Contudo, paulatinamente, os profissionais e a população foram se acostumando e se tornando

cientes do enfoque dado à atenção adequada às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus. E hoje, de modo paradoxal, afirmo que as melhorias podem ser verificadas, permanecem e tendem a gerar resultados cada vez mais positivos.

Com o curso, pude enxergar a importância principal da Estratégia em Saúde da Família, a reestruturação da atenção primária centrada na família, cujo enfoque está nas ações de prevenções para intervir nos fatores agravantes à saúde. No contexto do SUS, compreende-se a importância epidemiológica nas intervenções para promoção de saúde. Um trabalho estruturado em equipe, que busca humanizar as práticas na atenção primária e satisfazer o usuário por meio do relacionamento estreito entre os profissionais e a comunidade.

No curto período do curso e, mais ainda, no mínimo tempo disponível para realizar as atividades propostas, é notória a mudança da minha percepção quanto à saúde pública. Acredito que as coletas dos dados iniciais, o relato das experiências inicial e final, de modo comparativo, construíram minha nova visão sobre o SUS e sobre as atividades desenvolvidas em uma unidade de saúde. Em suma, significa que, a cada dia, torno-me uma agente capaz de cobrar das autoridades uma política de saúde mais humanizada e adequada, respeitando os limites e o poder de resolubilidade de cada profissional.

Concluo que existe uma longa via a ser percorrida e que a saúde pública deveria dar passos mais largos. Não obstante, está no caminho correto. O curso da UFPel mostrou que isto é possível: a melhor qualificação da prática na APS. Há possibilidades para construção de um sistema de saúde em que os trabalhadores e a população sintam-se no direito de desejar a mudança e que consigam visualizar a concretude da proposta da ESF.

Neste íterim, cada profissional que atua na atenção primária doa o melhor de sua melhor habilidade e coopera para alcançar objetivos comuns para o êxito dos programas desenvolvidos para que todos possam ter uma saúde ativa, propiciando a diminuição de fatores agravantes à saúde das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 2010; 95(1 supl.1): p. 1-51.

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



## Anexo B - Planilha de coleta de dados

**Digite apenas nas células em VERDE.**

	C	D	E	F	G	H	I
1							
2							
3							
4							
5	Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)						
6	Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)						
7							
8							
9	<b>HIPERTENSOS</b>	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	<b>OBSERVAÇÕES</b>	
10	Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção					Considere as pessoas que são <b>APENAS HIPERTENSOS</b> residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas sombra.	
11	<b>DIABÉTICOS</b>	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4		
12	Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção					Considere as pessoas que são <b>APENAS DIABÉTICOS</b> residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.	
13							
14							
15							
16							
17							
18	<b>*Estimativa no território</b>						
19	População total						
20							
21	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)	0					
22	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	0					
23	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	0					

Digite a **população total** nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Este seria o número total estimado de **hipertensos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.

Este seria o número total estimado de **diabéticos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

## Anexo C - Ficha espelho



Especialização em  
Saúde da Família  
e Federal de Pelotas

## PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não

Nome do cuidador \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não      Tem DM? ( ) Sim ( ) Não      Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não      Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo tem HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ cm      Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm

[illegible][illegible]

## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, Idania Salas Santana, (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador: deborazc@hotmail.com

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante